STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 34215
1 juli
2016

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Nr. C2015.201

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.201 van:
A., wonende te B., appellant in het principaal beroep, klager in eerste aanleg, verweerder in het incidenteel beroep, gemachtigde: mr. C.M.H. van Vliet, advocaat te Den Haag,
tegen
C., chirurg, werkzaam te D., verweerder in het principaal beroep en in eerste aanleg, incidenteel appellant, gemachtigden: mr. F.E.A.M. Tesser en mr. K.J. de Wolf te Nijmegen.

1. Verloop van de procedure

A. – hierna klager – heeft op 27 november 2013 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen C. – hierna de chirurg – een klacht ingediend. Het klaagschrift is gevolgd door een vervangend klaagschrift van 19 december 2013. Bij beslissing van 17 april 2015, onder nummer 301/2013 heeft dat College de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en aan de chirurg voor het gegrond verklaarde deel de maatregel van waarschuwing opgelegd. Klager is van die beslissing voor zover ongegrond verklaard tijdig in beroep gekomen. De chirurg heeft een verweerschrift, tevens beroepschrift in incidenteel beroep ingediend. Van klager is in het incidenteel beroep een verweerschrift ontvangen.
De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken C2015.202 (A. / E., chirurg), C2015.203 (A. / F., arts), C2015.204 (A. / G., verpleegkundige) en C2015.205 (A. / H., verpleegkundige) behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 19 april 2016, waar zijn verschenen klager, bijgestaan door mr. Van Vliet voornoemd, en verweerder, bijgestaan door mr. Tesser en mr. De Wolf voornoemd. Partijen hebben pleitnotities overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.
“2. DE FEITEN

Op grond van de stukken, waaronder de medische dossiers met beeldmateriaal met betrekking tot klager uit beide na te noemen ziekenhuizen, en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.
Klager, geboren in 1966, is militair. Op 1 september 2010 kwam hij, rijdend op een motor, in botsing met een auto waarbij hij is weggeslingerd en over het wegdek is geschuurd. Hij is per traumahelikopter vervoerd naar het I. te D. Verweerder is werkzaam in dit ziekenhuis.
Het beleid in het I. is dat bij een chirurgische opname de chirurg van dienst bij een opname de hoofdbehandelaar wordt voor de afdeling heelkunde. In dit geval was dat de traumachirurg E. Vanaf 3 september 2010 heeft verweerder het hoofdbehandelaar- schap overgenomen wegens vakantie van E. Klager heeft echter na de eerste operatie van 1 t/m 8 september 2010 op de afdeling Intensive Care (IC) gelegen, alwaar de internist/intensivist hoofdbehandelaar was en de chirurgisch hoofdbehandelaar dientengevolge medebehandelaar. F., toen nog in het 4^{e} jaar van zijn opleiding tot chirurg, was van 5 t/m 7 september 2010 consulent heelkunde voor de IC. Van 8 t/m 10 september 2010 was klager opgenomen op de afdeling Medium Care (MC), alwaar verweerder de hoofdbehandelaar was en F. als medebehandelaar (zaalarts) de dagelijkse visite deed.
Klager kwam op 1 september 2010 om 10.30 uur in het I. aan op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH). Daar werden CT-scans gemaakt van het hoofd-halsgebied, de buik en het bekken. Verder werden er röntgenopnames gemaakt van het bovenbeen en de buik. Van de buik werd tevens een echografie gemaakt. Vastgesteld werd dat er sprake was van een pneumothorax rechts, een femurfractuur links, een instabiele bekkenfractuur (type open boek), een leverlaceratie, brandwonden aan het rechterbeen, een verdenking op een femurfractuur rechts, een arteriële bloeding in de rechterlies en een wond aan het voorhoofd.
Om 10.50 uur kwam klager op de OK voor damage control. Hij werd geopereerd door E. Het linkerbovenbeen werd operatief gestabiliseerd met een fixateur externe, een thoraxdrain werd aangelegd aan de rechterkant, de bekkenfractuur werd met een externe fixateur en een bekkenklem gestabiliseerd, de wond in de rechterlies werd gesloten en na inspectie van buik en kleine bekken werd een kleine leverscheur behandeld met TachoSil en gaascompressen. Het operatieverslag vermeldt dat de brandwonden aan het rechterbeen en kruisbandletsel aan de rechterknie later dienden te worden behandeld. Er werd een aanvullende CT-scan verricht op grond van een vermeend carotisletsel, dat niet werd aangetroffen. Er werden aanvullende angiografieën

uitgevoerd, onder andere van de kleine bekkenregio, waarbij geen bloedingen werden gezien. Klager werd opgenomen op de afdeling IC.
Op 2 september 2010 vond om 16.00 uur een door de IC-artsen georganiseerd familiegesprek plaats met de echtgenote van klager en zijn kinderen, waarvan in de status verslag is gedaan. In opdracht van de chirurg werd aangetekend dat de knie rechts instabiel was, merkbaar bij het optillen van het been. Voorts werd in de status genoteerd dat niet de plastisch chirurg maar de chirurg bij de operatie die de volgende dag zou plaatsvinden de brandwonden zou behandelen (door middel van necrotectomie).
Op 3 september 2010 vond een tweede operatie plaats van het bekken, uitgevoerd door E. en verweerder. Het operatieverslag vermeldt onder meer:
*"**Operatieve techniek:** er wordt gestart met verwijderen van C-clamp waarna aanbrengen computernavigatie patience referens mark. Vervolgens percutaan worden een 2-tal SI-schroeven links aangebracht, 1 x 80 mm met washer en 1 van 65 mm. Juiste positionering worden in 3-tal richtingen gecontroleerd welke adequaat blijkt. Vervolgens worden de Hoffmann bekken fixateur verwijderd en wordt de mediane laparotomiewond heropend. Een 5-tal compressen worden uit cavum Retzii en prepubis verwijderd waarna met behulp van röntgendoorlichting wordt geverifieerd, geen verdere compressen intra-abdominaal aanwezig zijn. Aansluitend wordt door collega E. allereerst een 80 mm schroef vanuit symfyse de ramus superior links geplaatst. Met behulp van dorlichting wordt geverifieerd dat deze buiten het acetabulum is gelegen. Nu wordt aan de rechterzijde een soortgelijke schroef via de ramus superior uit het os pubis tot in het dak van het acetabulum geplaatst welke 130 mm lang is. Een 6-gats Synthes bekkenplaat wordt nu over os pubis geplaatst welke met een 4-tal hoekstabiele en een 2-tal corticale schroeven wordt gefixeerd. Nogmaals controleren van positionering schroeven en platen welke aan elkaar blijkt. (...)*
***Postoperatief beleid:** postoperatief zal correctie en aanvulling aan de suppletie van het Hb en stollingsfactoren plaatsvinden, alsmede zal op korte termijn een CT-bekken nog moeten worden verricht. Tot nader order oefenstabiel onbelaste mobilisatie." In de postoperatieve instructies wordt bij wondbehandeling "droog" genoteerd en onbelaste mobilisatie.*
In de verpleegkundige samenvatting is vermeld dat verweerder de zoon en de echtgenote van klager heeft bijgepraat na de OK. Verder is op 3 september 2010 in de status genoteerd dat geen necrotectomie is verricht vanwege de al uitgebreide operatie en dat voor mobilisatie een CT-scan diende te worden gemaakt.
Blijkens het afsprakenblad werd vanaf 3 september 2010 rekening gehouden met een overplaatsing van klager naar het J. Op 4 september 2010 werd genoteerd dat op maandag (6 september 2010, RTC) een plan gemaakt moest worden met betrekking tot een necrotectomie en het plaatsen van een intramedullaire femurpen. Op 5 september 2010 werd genoteerd dat de brandwonden rustig waren, op 6 september 2010 dat er sprake was van droge necrose. Verder werd vermeld dat de drains eruit konden ondanks ruime productie van vocht, omdat dit werd geweten aan oedeem. Voorts werd genoteerd: "Traumatoloog (C.): Drains (redon) abd nu nog laten zitten ivm ++ productie; uiterlijk morgen uit. Cave port d'entree voor infectie ivm osteosynthese materiaal in buurt vd drains." F. noteerde in de status met betrekking tot de brandwonden een droge necrose. Op 6 september 2010 is genoteerd dat na de operatie van de volgende dag een CT-scan moest worden gemaakt.
Op 7 september 2010 werd de externe fixateur voor de meervoudig instabiele bovenbeensfractuur links vervangen door een intramedullaire fixatie. Deze operatie werd uitgevoerd door de traumachirurg K. Het operatieverslag vermeldt onder meer:
*"**Voorbereiding:** positioneren van patiënt in rugligging op de extensietafel. Verwijderen na het positioneren op de extensietafel van de fixateur externe. Patiënt heeft natuurlijk reeds anesthesie in de vorm van algehele anesthesie en antibiotica profylaxe gekregen. (...)*
***Operatieve techniek:** hierna over het trochanter een excisie (incisie, RTC) plaatsen waarna voorbereiden van entree voor de femurpen. Opvoeren van de voerdraad, hetgeen met enige moeite gelukt. Hierbij wordt in de fractuur positie verkregen waarna de voerdraad tot aan de knie opgevoerd kan worden. Er wordt een meting gedaan waarop gekozen wordt voor 63 mm pen. Deze wordt opgevoerd na reamen van het mergkanaal. Proximaal vergrendelen met behulp van 1 statische en 1 dynamische schroef waarna distaal free hand vergrendeld wordt. (...)"*
K. noteerde verder "T2 femur rechts".
Uit verschillende aantekeningen blijkt dat klager ondanks de pijnstilling en het in consult roepen van het pijnteam veel pijn had en angstig/geagiteerd was. De brandwonden werden behandeld overeenkomstig een door de in consult geroepen wondverpleegkundige opgesteld wondplan. Op 3 september 2010 is in de verpleegkundige aantekeningen genoteerd dat de brandwonden niet zijn behandeld op de OK, maar wel beoordeeld door de chirurg en dat alle wonden sereus vocht lekken. Wat betreft de (insteek)wonden blijft dit steeds voortduren en vanaf 9 september 2010 werd in het verpleegkundig dossier vermeld dat deze erg sterk ruiken. Ook op 10 september 2010 werd genoteerd dat er erg veel lekkage was en dat dit vies rook. Op 8 september 2010 vermeldde een verpleegkundige dat de brandwonden er rustig uitzagen. Op 10 september 2010 is in de status genoteerd dat de wonden rustig waren.
Op 8 september 2010 is door F. in de status genoteerd dat klager ABCD-stabiel is en de volgende

dag naar de verpleegafdeling kon als zijn situatie goed was.
Van 8 tot 10 september 2010 was klager opgenomen op de afdeling MC. F. liep hier als zaalarts dagelijks visite voor Heelkunde. H. heeft in de ochtend van 8 september 2010 de zorg voor klager overgenomen op de verkoeverkamer en die ochtend en op 9 september 2010 op de afdeling MC verpleegkundige zorg verleend aan klager.
G., verpleegkundige, heeft alleen op 10 september 2010 tijdens haar dagdienst de zorg voor (onder meer) klager gehad. Een aios heeft op 9 september 2010 genoteerd dat de echtgenote van klager een gesprek wilde met de hoofdbehandelaar, niet met de arts-assistent. Klager was bang geworden dat hij niet goed werd behandeld en nam contact op met zijn militaire (huis)arts te L. Deze heeft telefonisch contact gehad met F. F. verklaarde ter zitting dat deze militaire arts had gezegd dat zij alles voor de overplaatsing van klager zou regelen. De teamleidster van de verpleging van het J., M., heeft contact opgenomen met G. in het I. over de toestand van klager. F. noteerde op 10 september 2010 onder meer in de status dat de wonden rustig waren, dat de militaire arts te L. had gebeld, dat verweerder akkoord was met overname, dat de brief moest worden klaargemaakt en de röntgenbeelden op CD-rom moesten worden gezet en dat de echtgenote van klager een gesprek wilde met de hoofdbehandelaar, in verband waarmee K. haar zou bellen. Op vrijdagmiddag 10 september 2010 werd klager om 13.45 uur per ambulance vervoerd naar het J., waar hij om 16.00 uur arriveerde. In de verpleegkundige overdracht heeft G. genoteerd bij aandachtspunt: "alleen wondjes li en brandwonden re. OK wond buik tot aan supra pubis" en eindigde zij met "veel succes". Er is in het dossier een voorlopig ontslagbericht van 10 september 2010 van de anesthesioloog en een overdrachtsbrief van diezelfde datum van verweerder en F.
De verpleegkundige aantekeningen bij opname in het J. vermelden dat klager een wond in de rechterlies had waar veel vieze bruine pus uit kwam, dat alle fixateurgaten behoorlijk lekten en dat een wond aan het linkerbovenbeen flink lekte. N. heeft bij brief van 24 april 2013 gemeld dat een uitgebreid, rijkelijk pussend wonddefect in de pubisregio in open verbinding stond met het osteosynthesemateriaal en reikte tot diep in het kleine bekken.
Een (niet gedateerde) rapportage van de afdeling Medische Microbiologie van het I. vermeldt dat uit één flesje op 7 september 2010 afgenomen bloed Bacteroides fragilis en gram positieve staven 1+ zijn gekweekt. Op 10 september 2010 heeft de microbioloog uit het I. hierover gebeld met het J. In het J. werden aanvullend een knieluxatie rechts met volledig rotatoire instabiliteit en een wakkeldaum rechts geconstateerd, alsmede een ernstig wondinfect ter hoogte van het os pubis; er bestond uitgebreide abcedering retropubis doorlopend tot het rectum. Nadat inplanning van een operatie in het O. te P. op 11 september 2010 niet was gelukt, is klager aldaar op zondag 12 september 2010 geopereerd aan de wondinfectie in de lies waarna op 14 september 2010 een re-operatie daarvan plaatsvond. Daarna is klager langdurig behandeld in het J. Meerdere re-operaties van het linker femur waren noodzakelijk vanwege een infectie. De in het I. geplaatste pen werd aanvankelijk vervangen door een cementspacer (met antibioticacement) en later vervangen door een andere intramedullaire pen. Ook zijn er vele operaties uitgevoerd wegens de wondinfectie in het gebied van de onderbuik en het schaambeen. In totaal gaat het hierbij om tientallen operaties.

3. *HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT*
   Klager verwijt verweerder:
   a. *Als hoofdbehandelaar was verweerder verantwoordelijk voor het feit dat er geen adequate first, second en third survey heeft plaatsgevonden;*
   b. *Dat tijdens de operatieve ingreep op 3 september 2010 de repositie van botdelen, met name van het linker SI-gewricht, niet voldoende is geweest; op een foto gemaakt 16 september 2010 in het J. is onvoldoende sluiting van de symphysis pubis (bekken staat scheef) en een hoogstand van het linker os illium ten opzichte van het sacrum geconstateerd;*
   c. *Uit het dossier blijkt niet wat de overwegingen zijn geweest voor de gekozen operatietechniek op 3 september 2010 met betrekking tot de bekken-en femurfractuur. Er is geen beeldvorming van de eerste ingreep noch van postoperatieve resultaten;*
   d. *Het kruisbandletsel dat tijdens de operatie van 1 september 2010 werd gezien is niet verder onderzocht, er is geen aantekening terug te vinden dat onderzoek aan de ledematen beschrijft, aanvullende beeldvorming is niet uitgevoerd. Er is geen behandeling ingesteld voor kruisbandletsel. Klager heeft onnodig lang met een volledig geluxeerde rechterknie gelegen. Bij onderzoek is in het J. een breuk van de proximale tibia gevonden;*
   e. *Preoperatieve en postoperatieve beeldvorming, ten behoeve van beoordelingvan eigen werk, ontbreekt c.q. is volstrekt onvoldoende geweest inclusief algehele verslaglegging;*
   f. *De overdrachtspapieren zijn niet adequaat klaargemaakt en niet tijdig verzonden;*
   g. *Het niet (adequaat) behandelen van de (brand)wonden waardoor een ernstige infectie is ontstaan. Niet handelen conform protocollen in overeenstemming met richtlijnen Nederlandse Vereniging voor Traumatologie;*
   h. *Verweerder heeft de ernst van de medische situatie van klager onderschat, hij was niet in de conditie om te worden vervoerd. Klager werd gezien als een 'lastige' patiënt. Daardoor is onnodig risico genomen. De gezondheids-toestand van klager is hierdoor geschaad, waardoor klagers leven aan een zijden draadje heeft gehangen;*

i. In de informatievoorziening naar klager en zijn echtgenote is verweerder tekortgeschoten. Klager en zijn echtgenote hebben verweerder nooit als behandelend arts gezien en wisten niet dat hij hoofdbehandelaar was voor de afdeling heelkunde.

4. *HET STANDPUNT VAN VERWEERDER*

Verweerder voert aan dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt treft. Voor zover nodig wordt hierna nader op het verweer ingegaan.

5. *DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE*

5.1 Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2 Het college bespreekt, vanwege de samenhang, de klachtonderdelen 3.a en 3.d gezamenlijk. Het college wijst er in navolging van de deskundige op dat de behandeling van patiënten met letsel zoals bij klager een continu proces is waarin verschillende stadia zijn te onderscheiden. In het stadium van de eerste survey gaat het om overleving. De kans dat klager het ongeval niet had overleefd was zeer reëel te noemen. De deskundige schatte die kans op 30%. In deze eerste fase verbleef klager op de afdeling IC. In de volgende fase, die van de tweede survey, toen het levensgevaar was geweken, is klager naar de afdeling MC overgeplaatst en vervolgens zou hij naar de verpleegafdeling worden overgeplaatst en daarna gaan revalideren. De tijdsduur van de verschillende survey's ligt niet vast en hangt af van de conditie van de patiënt. De derde survey vangt aan als de patiënt goed aanspreekbaar is en was hier nog niet afgerond. In al die fases van de behandeling kunnen zaken aan het licht komen, die eerder onopgemerkt zijn gebleven maar wel behandeld moeten worden zonder dat sprake is van (tuchtrechtelijke) verwijtbaarheid. Dat is hier het geval. De deskundige verklaarde ter zitting dat de eerste survey zeer adequaat was en dat uit het feit dat tijdens de operatie het letsel aan de rechterknie is geconstateerd wel blijkt dat patiënt van top tot teen is nagekeken. Ook op de overige survey's, waarvan de derde nog niet afgerond was, zijn geen aanmerkingen te maken. Het college deelt het oordeel van de deskundige en maakt het tot het zijne.

Meer specifiek, wat het onderzoek van de knie van klager betreft, overweegt het college het volgende. Op de foto's die zijn gemaakt in het I. was geen breuk in de rechterknie te zien. Die was wel te zien op de foto die gemaakt is op 12 september 2010 in O. Tijdens de operatie van 1 september 2010 zijn, zoals gezegd, de ledematen van klager onderzocht en is het letsel aan de rechterknie gediagnosticeerd als kruisbandletsel waarvoor behandeling later was geïndiceerd. De deskundige verklaarde ter zitting dat het zeer wel zo kan zijn geweest dat er geen verdenking behoefde te zijn ontstaan van een fractuur in de rechterknie door het feit dat klager hoofdzakelijk in rugligging lag en zijn rechterknie door hematoomvorming en oedeem opgezwollen was en niet volledig instabiel, zodat er geen rotatie van het onderbeen ten opzichte van het bovenbeen ontstond. Uit de verpleegkundige aantekeningen blijkt dat, in verband met koude tenen, met een doppler is gecontroleerd of er pulsaties aanwezig waren. Kortom, er is wel aandacht geweest voor mogelijke vaatproblemen in verband met knieletsel en daarbij is die verdenking evenmin ontstaan. Ook in het J. is na de overname klinisch niet aanstonds opgevallen dat er in de rechterknie meer aan de hand was dan kruisbandletsel. Dat bleek pas na beeldvormend onderzoek. Kortom, er is in beide ziekenhuizen op diverse momenten door diverse disciplines aandacht geschonken aan de rechterknie, waarbij het niemand is opgevallen dat er mogelijk sprake was van een fractuur. Deze klachtonderdelen slagen dan ook niet.

5.3 Ook het tweede (3.b), derde (3.c) en vijfde (3.e) klachtonderdeel bespreekt het college vanwege de samenhang gezamenlijk. Verweerder heeft op 3 september 2010 samen met E. klager geopereerd aan het bekken. Deze operatie was noodzakelijk, enerzijds om de op 1 september 2010 ingebrachte gazen te verwijderen en anderzijds om het bekken definitief te fixeren, hetgeen noodzakelijk was om weer te kunnen gaan lopen.

De deskundige verklaarde -zakelijk weergegeven- met betrekking tot de operatie van 3 september 2010 ter zitting: "De symmetrie van het bekken is heel redelijk hersteld. De navigatietechniek wordt gebruikt om preciezer en veiliger te opereren. Het is beter dan doorlichting. Dat hoeft niet te worden verantwoord en niet in het dossier genoteerd te worden. Er was adequate preoperatieve beeldvorming. Er was geen subluxatie te zien op de preoperatieve foto.

Het SI gewricht is niet verschoven maar geroteerd. Op de postoperatieve foto die gemaakt is in O. is een afwijking van 9.3 mm aan de voorzijde en 0 mm aan de achterzijde te zien.

Een controlefoto zou uit kwaliteitsoverwegingen gemaakt kunnen worden. Als de operatie wordt uitgevoerd met behulp van computernavigatie is het echter minder relevant omdat het beleid niet zou worden gewijzigd."

Met de deskundige is het college van oordeel dat de beeldvorming adequaat was en dat de repositie van de botdelen heel redelijk was en derhalve acceptabel. Bij de gebruikte techniek, computernavigatie, was het maken van een controlefoto op dat moment niet noodzakelijk. De

toegepaste operatietechniek was gebruikelijk en de overwegingen daartoe hoefden niet te worden genoteerd. Als al sprake was geweest van een niet optimaal operatieresultaat dan zou dit, gegeven de gebruikte operatietechniek, niet van een zodanige ernst zijn dat gegeven de gezondheidstoestand van klager op dat moment heroperatie geïndiceerd zou zijn geweest. Patiënt verkeerde immers op dat moment nog steeds in een kritieke situatie. Wel moest voordat klager belast ging mobiliseren een CT-scan worden gemaakt. Dat is genoteerd in het operatieverslag en in de postoperatieve instructies is genoteerd dat alleen onbelast mocht worden gemobiliseerd. Verder is in de overdrachtsbrief aan het J. van 10 september 2010 expliciet vermeld: 'voor dat patiënt gaat starten met mobiliseren eerst nog controle CT-scan te verrichten van het bekken'. Het college acht dat adequaat. De afwijkingen in het bekken die gezien zijn op de foto die gemaakt is in O., zoals hierboven beschreven, zijn zeker acceptabel. Deze klachtonderdelen slagen daarom evenmin.

5.4 De feitelijke overdracht naar het J. is verzorgd door de zaalarts F. Het is gebruikelijk dat de hoofdbehandelaar, verweerder, dat overlaat aan de zaalarts. F. heeft ter zitting verklaard dat hij de papieren en het beeldvormend materiaal voor de overdracht heeft klaargemaakt en dat hij de ontslagbrief versneld heeft laten uittypen. Dit vindt steun in het dossier. In die brief heeft F. vermeld dat hij de röntgenbeelden op CD-rom heeft bijgevoegd en de operatieverslagen. F. verklaarde ter zitting dat hij de brief en de CD-rom op de afdeling heeft achtergelaten om mee te geven met de patiënt, en dat geen ambulanceverpleegkundige een patiënt meeneemt zonder te controleren of de begeleidende documentatie compleet is. Verder was er een ontslagbrief van de IC. En is in de verpleegkundige overdracht vermeld 'Ik heb veel info copy voor jullie'. Nog daargelaten dat verweerder daar niet persoonlijk voor verantwoordelijk is te houden is de conclusie van het college dat er geen of onvoldoende aanwijzingen zijn dat de feitelijke overdracht onvoldoende zorgvuldig heeft plaatsgevonden. Dit klachtonderdeel slaagt dus niet.

5.5 Met betrekking tot de brandwond blijkt uit het dossier dat daar (vrijwel) dagelijks aandacht voor is geweest. Uit de notities blijkt dat er sprake was van een droge, indrogende necrose. Met de deskundige is het college van oordeel dat het daarom, gegeven het feit dat vanwege de ernst van de verwondingen van klager prioriteiten gesteld moesten worden, gerechtvaardigd was dat de behandeling van de brandwond naar later is verschoven. Dit is ter zitting nog bevestigd door de getuige van de zijde van klager, N., die verklaarde dat de brandwond schoon was en 'geen probleem' en dat deze 'vrij snel' en dus niet direct, door een plastisch chirurg is behandeld.

Met betrekking tot de operatiewond overweegt het college het volgende. Inderdaad heeft zich, zo blijkt uit de gegevens van het J., een wondinfectie voorgedaan. Dat is een vervelende complicatie. Ook in het I. is aandacht geweest voor de wond. Zo is in het verpleegkundig dossier genoteerd dat de wond erg sterk rook. Het medisch dossier vermeldt dat echter niet. Een wondinfectie na een operatie heeft meerdere dagen nodig voordat de eerste verschijnselen zichtbaar worden. Deze verschijnselen kunnen zijn het blijven lekken van de operatiewond, het geleidelijk veranderen van de samenstelling en de geur van het wondvocht en het ontstaan van koorts. Daarnaast zal de patiënt zeer geleidelijk zieker worden. Zonder adequate behandeling kan het ziektebeeld daarna snel verergeren. Patiënt kan dan bloedvergiftiging (sepsis) krijgen met hoge koorts, shockverschijnselen en uiteindelijk multi-orgaanfalen. Op het moment dat patiënt werd overgeplaatst was de wondinfectie zich aan het ontwikkelen en was er nog geen uitslag van het laboratorium bekend die duidde op een infectie. Klager was nog niet septisch. Hij had zelfs nog geen koorts. En ook op 11 september 2010 was de wondinfectie nog niet zodanig ernstig dat uitstel van ingrijpen tot 12 september 2010 niet verantwoord was. De conclusie is dan ook dat verweerder als hoofdbehandelaar met betrekking tot de behandeling van de (brand)wonden geen tuchtrechtelijk verwijt treft.

5.6 Klachtonderdeel 3.h lijkt vooral in algemene termen te verwoorden wat meer specifiek in de overige klachtonderdelen terugkomt en behoeft daarom geen afzonderlijke bespreking. Dat geldt niet voor het verwijt dat klager werd gezien als lastige patiënt. Klager heeft dit verwijt echter verder niet onderbouwd en verweerder heeft gesteld dat hij dit niet kan plaatsen. Bij die stand van zaken kan dit verwijt niet slagen.

5.7 Het laatste klachtonderdeel (3.i) heeft betrekking op de samenhangende onderwerpen hoofdbehandelaarschap en communicatie.

Verweerder heeft aangevoerd dat van 1 tot en met 8 september 2010, toen klager op de afdeling IC lag, de internist/intensivist van die afdeling de hoofdbehandelaar was en hij (vanaf 3 september 2010 toen hij het hoofdbehandelaarschap vanwege diens vakantie overnam van E.) medebehandelaar. Dat laat echter onverlet dat verweerder in chirurgisch opzicht vanaf 3 september 2010 de hoofdbehandelaar was. Daar waar het in dit geval om een patiënt ging met allerlei ernstige letsels die voor de afdeling heelkunde waren, diende de chirurgisch hoofdbehandelaar actief invulling te geven aan die rol, ook al lag klager juist vanwege de ernst van die letsels op een afdeling voor intensieve zorg. Bovendien was verweerder op 9 en 10 september 2010, toen patiënt op de afdeling MC lag, de enige hoofdbehandelaar.

Het Centraal Tuchtcollege heeft bij beslissing van 1 april 2008 overwogen dat de hoofdbehandelaar de regie behoort te hebben over de behandeling en het centrale aanspreekpunt vormt

voor de patiënt en zijn naaste betrekkingen. De 'Richtlijn verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg' van januari 2010 die breed is gedragen (onder andere door de KNMG) benadrukt het belang van een goede regeling van eindverantwoordelijkheid, regie en aanspreekpunt.
Aan dat laatste heeft het hier geschort. De ter zitting gehoorde deskundige heeft naar voren gebracht dat de communicatie in deze zaak niet goed is geweest. Het college deelt dat oordeel. Om te beginnen blijkt uit niets dat klager en zijn naaste betrekkingen ervan op de hoogte waren dat verweerder vanaf 3 september 2010 de hoofdbehandelaar was. Het feit dat zij een gesprek wilden met 'de hoofdbehandelaar' zonder de naam van verweerder te noemen, duidt daar ook wel op.
Voorts blijkt niet dat een rustig gesprek is georganiseerd tussen verweerder, althans een chirurg (in opleiding), en patiënt en/of zijn naaste betrekkingen over de problemen op chirurgisch gebied en een behandelplan. Aan het familiegesprek op 2 september 2010 heeft geen van de chirurgen (in opleiding) deelgenomen. E. is weliswaar na de eerste operatie bij de familie langs geweest en verweerder na de tweede operatie, maar dat kan niet als een dergelijk gesprek gelden. Een dergelijk gesprek had de angst en onzekerheid bij patiënt en zijn naaste betrekkingen (deels) kunnen wegnemen. Nu heeft het bijvoorbeeld kunnen gebeuren dat de echtgenote van klager op 7 september 2010 er niet van op de hoogte was dat klager geopereerd werd en hem de hele dag heeft gezocht
Hoewel het tuchtcollege er begrip voor heeft dat verweerder zijn weekenddienst op maandagochtend 6 september 2010 heeft afgesloten na de ochtendoverdracht en vervolgens vrij had tot donderdag 9 september 2010 en zodoende feitelijk niet bij de behandeling was betrokken, moet de conclusie toch zijn dat op hem als lid van de vakgroep en als hoofdbehandelaar de verantwoordelijkheid rustte om de communicatie met klager en zijn familie goed te regelen en dat hij er tuchtrechtelijk op is aan te spreken als dat niet goed is gebeurd. Het klachtonderdeel is dus gegrond.
Er zijn geen omstandigheden die meebrengen dat aan verweerder met betrekking tot dit laatste klachtonderdeel een zwaardere maatregel dan een waarschuwing dient te worden opgelegd. Integendeel, verweerder heeft in een gesprek met klager, tot diens tevredenheid, uitgelegd dat er maatregelen zijn genomen om het hoofdbehandelaar-schap en de communicatie beter te regelen".

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, met uitzondering van de op pagina 2, laatste alinea, in de derde en vierde regel vermelde zin "Vanaf 3 september 2010 heeft verweerder het hoofdbehandelaarschap overgenomen wegens vakantie van E." en de in de zesde en zevende regel van deze alinea vermelde zinsnede "en de chirurgisch hoofdbehandelaar dientengevolge medebehandelaar". De eerstgenoemde zin vervalt en in plaats van de laatstgenoemde zinsnede neemt het Centraal Tuchtcollege op: "Dit betekent dat de chirurgen, aanvankelijk E. en na aanvang van de vakantie van E. verweerder, medebehandelaar waren tijdens de opname van klager op de afdeling IC."

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Klager is in principaal beroep gekomen van de ongegrondverklaring van de klachtonderdelen a tot en met h. De beroepsgronden in het principaal beroep betreffen de primary, secondary en tertiary survey (klachtonderdeel a), de bekkenoperatie (klachtonderdelen b, c en e), de behandeling van de knie (klachtonderdeel d), de feitelijke overdracht naar het J. (klachtonderdeel f), de (brand)wonden (klachtonderdeel g) en de onderschatting van de medische situatie, het vervoer en de 'lastige' patiënt (klachtonderdeel h). Het beroep strekt ertoe dat deze klachtonderdelen alsnog gegrond worden verklaard. De chirurg heeft in het principaal beroep verweer gevoerd met de conclusie het beroep te verwerpen.

4.2 In het incidenteel beroep is de chirurg opgekomen tegen de gegrondverklaring van het klachtonderdeel i betreffende het hoofdbehandelaarschap en de informatievoorziening naar klager en zijn echtgenote. Het beroep strekt ertoe dat dit klachtonderdeel alsnog ongegrond wordt verklaard. Klager heeft in het incidenteel beroep verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van dit beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt.

Maatstaf

4.4 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat het bij tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen

in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

Primary, secondary en tertiary survey (klachtonderdeel a).

4.5 Klachtonderdeel a stelt aan de orde de vraag of de chirurg als hoofdbehandelaar verantwoordelijk was voor het feit dat er geen adequate primary, secondary en tertiary survey heeft plaatsgevonden.

4.6 Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat er gedurende een behandeling steeds maar één hoofdbehandelaar is. Anders dan klager heeft betoogd, kan gedurende het behandeltraject wèl een wisseling van het hoofdbehandelaarschap optreden. In het onderhavige geval was ten tijde van de primaire opvang van klager op de afdeling SEH de chirurg van dienst hoofdbehandelaar (op 1 september 2010). Na de primaire opvang is klager overgebracht naar de IC-afdeling, waarmee het hoofdbehandelaarschap werd overgenomen door de behandelend intensivist (1 tot en met 8 september 2010). Het hoofdbehandelaar-schap ging vervolgens over op de chirurg op het moment dat klager van de IC werd overgebracht naar de MC en duurde voort tot het moment dat klager werd overgeplaatst naar het J. (periode van 8 tot en met 10 september 2010). Dit betekent dat de chirurg alleen op zijn hoofdbehandelaarschap kan worden aangesproken voor de periode van 8 tot en met 10 september 2010.

4.7 Het Centraal Tuchtcollege is met het Regionaal Tuchtcollege en de deskundige Q. (traumachirurg) van oordeel dat bij patiënten met een multitrauma, zoals bij klager, de behandeling een continu proces is waarbij een gefaseerde behandeling is aangewezen. Blijkens het medisch dossier heeft de first survey ter beoordeling van de vitale functies, plaatsgevonden op 1 september 2010 op de SEH-afdeling. De secondary survey, waarbij de patiënt van top tot teen wordt onderzocht om eventueel letsel te ontdekken dat bij de eerste beoordeling niet aan de orde is gekomen, is uitgevoerd op 2 en 3 september 2010 op de IC-afdeling.

4.8 De tertiary survey, bedoeld om het totaalbeeld aan letsel bij patiënt te beoordelen en te inventariseren, wordt in de regel binnen 24 uur na opname verricht als de patiënt bij kennis is en de conditie van de patiënt een volledige anamnese en lichamelijk onderzoek mogelijk maakt. Bij een instabiele patiënt zal deze tertiary survey pas in een latere fase plaats kunnen vinden. De chirurg heeft ter zitting erkend dat de MC-fase (periode 8 tot en met 10 september 2010) – vallend onder zijn hoofdbehandelaarschap – in beginsel een geschikte fase zou zijn geweest om een tertiary survey te doen, ware het niet dat klager op 8 september 2010 in een slechte conditie verkeerde na zijn femuroperatie van 7 september 2010. De arts-assistent in opleiding tot chirurg heeft in dit verband ter zitting aangegeven dat op de MC-afdeling de tertiary survey gedeeltelijk is uitgevoerd. Het resterende deel van deze survey zou nog volgen, maar daar is men vanwege de overplaatsing van klager naar het J. niet meer aan toegekomen, aldus de arts-assistent. Hoewel het Centraal Tuchtcollege oog heeft voor de noodzaak van een gefaseerde behandeling en het gegeven dat bij de tertiary survey de conditie van de patiënt een rol speelt, had de chirurg naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege als hoofdbehandelaar ter zake van deze derde survey pro-actiever kunnen optreden. Klager heeft immers nog tot en met 10 september 2010 op de MC-afdeling gelegen, zonder dat de derde survey is afgerond. Toch zal het Centraal Tuchtcollege de chirurg dit niet tuchtrechtelijk aanrekenen, nu het Centraal Tuchtcollege niet kan uitsluiten dat het voltooien van de tertiary survey op de MC-afdeling op ongelukkige wijze is ingehaald door klagers verzoek tot overplaatsing naar het J., aan welk verzoek gehoor is gegeven.

Behandeling knie (klachtonderdeel d)

4.9 De behandeling in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot andere beschouwingen omtrent het door klager gestelde knieletsel dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg onder rechtsoverweging 5.2, met dien verstande dat het Centraal Tuchtcollege in aanvulling daarop overweegt dat ter zitting is komen vast te staan dat er na de primary en secondary survey geen volledige tertiary survey van klager heeft plaatsgevonden (zie hiervóór, in rechtsoverweging 4.8). Het Centraal Tuchtcollege is ervan overtuigd dat de volledige omvang van klagers knieletsel, waaronder een eventuele luxatie van de knie, aan het licht zou zijn gekomen bij de tertiary survey die tenslotte bedoeld is om het totaalbeeld van het letsel te inventariseren. Het Centraal Tuchtcollege is echter op basis van de beschikbare gegevens niet gebleken van duidelijke aanwijzingen dat klagers knie reeds in het I.-ziekenhuis was geluxeerd. Zoals het Centraal Tuchtcollege hiervoor onder 4.8 reeds heeft overwogen, had de chirurg als hoofdbehandelaar ter zake van de tertiary survey pro-actiever kunnen optreden, maar kan niet worden uitgesloten dat het een en ander ongelukkig is doorkruist door de overplaatsing van klager naar het J. Het Centraal Tuchtcollege zal de chirurg dan ook hier geen tuchtrechtelijk verwijt maken.

Informatieverstrekking aan klager en familie (klachtonderdeel i)

4.10 Ook wat betreft de informatievoorziening van de chirurg als hoofdbehandelaar richting klager en zijn familie is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de chirurg pro-actiever had kunnen optreden. In multitrauma gevallen is het een gegeven dat bij patiënt en zijn familie een grote informatiebehoefte bestaat en volgens vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege behoort het adequaat (laten) informeren van patiënt en diens naaste betrekkingen tot de taken van de hoofdbehandelaar (CTG: 2007/037). Na de kritieke primaire fase en de daaropvolgende IC-fase, waarin alleen de kerninformatie was verstrekt rondom de ingrepen tijdens gesprekken gevoerd op 2 en 3 september 2010, was op de MC-afdeling het moment aangekomen om klager en zijn familie uitgebreider ‘bij te praten’ over het verloop van de behandeling tot dan toe en het nog te volgen behandeltraject. Dit is echter niet gebeurd. Uit de stukken blijkt wel dat op 10 september 2010 – na een informatieverzoek van klagers echtgenote – aan de operateur van de femur-ingreep is gevraagd om met klagers echtgenote een gesprek aan te gaan, maar dat gesprek heeft niet plaatsgevonden. Ook hier speelt dat het Centraal Tuchtcollege niet kan uitsluiten dat de overplaatsing van klager naar het J. op 10 september 2010 de gebruikelijke gang van zaken rond het informeren van de patiënt en diens familie op de MC-afdeling op ongelukkige wijze heeft ingehaald. Om deze reden zal het Centraal Tuchtcollege de chirurg de beperkte informatieverstrekking aan klager en zijn familie in de periode van zijn hoofdbehandelaarschap (8 tot en met 10 september 2010) niet tuchtrechtelijk aanrekenen.

Overplaatsing naar J., feitelijke overdracht, onderschatting medische situatie, vervoer en ‘lastige’ patiënt (klachtonderdelen f en h)

4.11 Wat betreft de overplaatsing van klager naar het J. overweegt het Centraal Tuchtcollege dat klager op het moment van overplaatsing op 10 september 2010 weliswaar nog steeds een zieke multitrauma patiënt was, maar – anders dan klager heeft betoogd – was het medisch inhoudelijk gezien niet gevaarlijk of onverantwoord om hem over te plaatsen naar het J. of hem zonder begeleiding te laten vervoeren. Klager was ten tijde van de overplaatsing immers geen IC-patiënt meer en was op 8 september 2010 al goed genoeg bevonden om in beginsel op 9 september 2010 van de MC-afdeling naar de verpleegafdeling (naar ‘zaal’) te gaan. Op basis van de op dat moment aanwezige medische gegevens was er voor de chirurg als hoofdbehandelaar – na verificatie van de laatste stand van zaken bij de ervaren vierde jaars arts-assistent in opleiding tot chirurg – geen reden om niet akkoord te gaan met overplaatsing naar het J. en was er strikt genomen voor de chirurg geen medische aanleiding om klager voor zijn vertrek naar het J. nog te zien. De feitelijke overdracht heeft de chirurg overgelaten aan de arts-assistent. Gelet op diens ruime ervaring ontmoet dit bij het Centraal Tuchtcollege geen bezwaren. Het Centraal Tuchtcollege heeft voorts geen aanwijzingen gevonden voor de stelling dat de feitelijke overdracht, bestaande uit schriftelijke documentatie en beeldmateriaal aangevuld met een mondelinge toelichting van de arts-assistent, niet zorgvuldig heeft plaatsgevonden.

4.12 Wel was klagers stellige verzoek tot overplaatsing naar het J. op te vatten als een duidelijk signaal van ongerustheid over zijn behandeling en had dit signaal tezamen met de eerdere signalen van onder meer de familie van klager een aanknopingspunt kunnen zijn om met klager en zijn familie een gesprek aan te (doen) gaan. Zo had de achtergrond van het overplaatsingsverzoek uitgevraagd kunnen worden en had klagers ongerustheid wellicht enigszins getemperd kunnen worden. In plaats daarvan heeft de chirurg direct – vanaf de OK – de gevraagde overplaatsing in werking (doen) stellen. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege had de chirurg hiermee (als hoofdbehandelaar) met meer aandacht voor klager en zijn familie kunnen omgaan en heeft hij hier een kans laten liggen. Het Centraal Tuchtcollege acht dit nalaten echter niet dermate ondermaats dat dit de chirurg tuchtrechtelijk aangerekend moet worden.

Bekken (klachtonderdelen b, c en e)

4.13 Wat betreft de bekkenoperatie (klachtonderdelen b, c en e) heeft de behandeling in beroep het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot andere beschouwingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg in rechtsoverweging 5.3. Aanvullend overweegt het Centraal Tuchtcollege dat de repositie van de botdelen, waaronder ook het linker SI-gewricht, en de osteosynthese (fixatie), bij de operatie van 3 september 2010 lege artis is uitgevoerd en het resultaat gelet op de aard van het letsel van klager acceptabel is geweest. De chirurg heeft klager behandeld conform de toen geldende richtlijnen betreffende dergelijk bekkenletsel. Dat klager thans heeft te kampen met een scheefstand van zijn bekken en veel pijn ervaart, valt te betreuren, maar rechtvaardigt niet een ander oordeel op dit punt.

(Brand)wonden (klachtonderdeel g)

4.14 Ook de behandeling in beroep van klachtonderdeel g heeft het Centraal Tuchtcollege geen

aanleiding gegeven tot andere beschouwingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg onder rechtsoverweging 5.5. Gelet op het feit dat klager een multitrauma patiënt was, bij wie een gefaseerde behandeling was aangewezen, acht het Centraal Tuchtcollege het – evenals het Regionaal Tuchtcollege – een medisch verantwoorde keuze dat de levensbedreigende letsels voorrang kregen boven de behandeling van de op dat moment niet levensbedreigende (brand)wonden.

Conclusie

4.15 In acht genomen de in rechtsoverweging 4.4 genoemde tuchtrechtelijke beoordelingsmaatstaf komt het Centraal Tuchtcollege tot het samenvattende oordeel dat de chirurg (als hoofdbehandelaar) niet tuchtrechtelijk verwijtbaar onzorgvuldig heeft gehandeld. Wel merkt het Centraal Tuchtcollege op dat de chirurg zijn taak als hoofdbehandelaar een ruimere invulling had kunnen geven. Uit de stukken en de behandeling ter zitting komt een beeld naar voren van een chirurg die zijn rol als hoofdbehandelaar vooral ziet als degene die op essentiële (medische) beslismomenten in het verloop van de behandeling 'de knoop doorhakt' en zo richting geeft aan het verdere verloop van de behandeling, dit terwijl volgens vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege de hoofdbehandelaar ook geacht wordt oog te hebben voor de meer perifere medische aspecten rondom de behandeling van de patiënt (afronden tertiary survey, geestelijk welzijn patiënt, algehele voortgang) en hij daarnaast fungeert als centraal aanspreekpunt voor de patiënt zelf en voor diens naaste betrekkingen. In dit verband wordt hij als hoofdbehandelaar geacht voldoende informatie te (doen) verstrekken over (het verloop van) de behandeling en eventuele vragen tijdig en adequaat te (doen) beantwoorden. Zoals gezegd had de chirurg naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege met meer aandacht voor klager en zijn familie kunnen omgaan.

In het principaal beroep (klachtonderdelen a tot en met h)

4.16 Het voorgaande leidt ertoe dat het Centraal Tuchtcollege evenals het Regionaal Tuchtcollege de klachtonderdelen a tot en met h ongegrond acht, zij het op deels andere gronden. Dit betekent dat het principaal beroep van klager wordt verworpen.

In het incidenteel beroep (klachtonderdeel i)

4.17 Het Centraal Tuchtcollege acht – anders dan het Regionaal Tuchtcollege – de klacht betreffende de informatievoorziening naar klager en zijn echtgenote (klachtonderdeel i) ongegrond. Dit betekent dat het incidenteel beroep van de chirurg slaagt. Het Centraal Tuchtcollege zal in zoverre dan ook de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege vernietigen en klachtonderdeel i alsnog ongegrond verklaren.
Het bovenstaande brengt mee dat de aan de arts opgelegde maatregel van waarschuwing komt te vervallen.
Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal het Centraal Tuchtcollege bepalen dat onderhavige beslissing op na te noemen wijze wordt bekend gemaakt.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
in het principaal beroep
verwerpt het beroep;
in het incidenteel beroep
verklaart het beroep gegrond;
vernietigt de beslissing waarvan beroep voor zover daarbij klachtonderdeel i gegrond is verklaard en de maatregel van waarschuwing is opgelegd;
en opnieuw rechtdoende:
verklaart klachtonderdeel i alsnog ongegrond.
bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorgjurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.
Deze beslissing is gegeven door: mr. T.L. de Vries, voorzitter, mr. W.P.C.M. Bruinsma en mr. A. Smeeing-van Hees, leden-juristen en dr. R.M. Bloem en dr. G.J. Clevers, leden- beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 21 juni 2016.

Voorzitter

Secretaris